

Можейко М.А., Пыжевский И.В.,  
Мицкевич В.А., Гукова Н.Н.

## **ЛАПАРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА**

/ Гродно /

В последнее время в клинике госпитальной хирургии для лечения больных с тяжелыми формами распространенного гнойного перитонита используется открытый метод лечения перитонита после наложения лапаростомы с применением активной санации брюшной полости этапными промываниями

Этот метод применен у 47 пациентов в возрасте 15 - 73 лет. Среди них мужчин было 33, женщин - 14. Причинами развития разлитого гнойного перитонита были деструктивный аппендицит (9 наблюдений), несостоятельность анастомозов (4), ущемленная грыжа (5), острый деструктивный холецистит (2), гнойно-некротический панкреатит (8), перфорация опухолей (6), травматические повреждения полых органов брюшной полости (6), кишечная непроходимость (5), гнилостная флегмона послеоперационной раны (2).

У большинства больных (36) показанием для наложения лапаростомы явилась релапаротомия в связи с неэффективностью первичной операции и прогрессированием перитонита. У 9 больных лапаростома была наложена при первичной лапаротомии по поводу разлитого калового перитонита и у 2-х пациентов в связи с гнилостной флегмоной послеоперационной раны после первичной операции.

34 больных поступили из районных больниц, где им ранее выполнялись оперативные вмешательства по поводу острых заболеваний органов брюшной полости с устранением источника перитонита и санацией брюшной полости. Однако в связи с прогрессированием симптомов перитонита они в различные сроки после первичной операции были переведены в клинику. При переводе в клинику у 38 пациентов диагностирована токсическая и у 9 - терминальная стадия перитонита.

У всех больных отмечались выраженные симптомы эндогенной интоксикации, глубокие гомеостатические нарушения. В связи с этим всем им в течение 2 - 5 часов проводилась инфузионная предоперационная подготовка.

Антибактериальная терапия включала парентеральное введение антибиотиков аминогликозидового и цефалоспоринового ряда, а также препаратов метронидазолового ряда.

Оперативное лечение заключалось в широкой релапаротомии, устранении источника перитонита, промывании брюшной полости 20 л раствора фурацилина или хлоргексидина в разведении 1:5000. При наличии выраженного вздутия петель тонкого кишечника 27 боль-

ным наложена петлевая илеостома по Торн-Бэлу и 3 - цекостома с интубацией тонкого кишечника до дуоденального изгиба перфорированной полихлорвиниловой трубкой. Края операционной раны сближали матрацными полихлорвиниловыми трубками. Дальнейшая программа ведения больных вырабатывалась в зависимости от выраженности воспалительных изменений со стороны брюшной полости, обсемененности экссудата. Повторный этап промывания у 84% больных выполняли через 24 часа, у 5% через 12 часов и у остальных - через 48 часов. Последующие этапы промывания были индивидуальными, однако всего они повторялись через 24 часа. Двухэтапное промывание было достаточным для излечения 9-ти больных, трехкратное - 13, четырехкратное - 5, пятикратное - 3, остальным 9 больным этапные промывания выполняли от 6 до 9 раз. В 8-ми наблюдениях несмотря на многократное промывание, успеха не достигнуто.

Показаниями к проведению повторных промываний брюшной полости считались наличие гнойного отделяемого, множественных фибриновых наложений в брюшной полости. В послеоперационном периоде проводилась противовоспалительная дезинтоксикационная терапия, экстракорпоральная детоксикация, УФО крови, иммуностимуляция, стимуляция моторики кишечника. Интубационная трубка из кишечника удалялась на 4-5-е сутки. После ликвидации воспалительных изменений в брюшной полости лапаростому закрывали наложением вторичных швов. Илеостома закрывалась через 2-3 месяца после выписки больного из стационара. Общая летальность составила 17% (8 больных).

Таким образом, этапные промывания брюшной полости являются эффективным методом лечения распространенного гнойного перитонита, позволяющие устранить гнойную инфекцию и избежать генерализации процесса.